



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

ICF/MR 보호 수준에 대한 아동지원 필요 상황 평가서
CHILD'S ASSESSMENT OF ICF/MR LEVEL OF CARE CURRENT SUPPORT NEEDS
(신생아에서 12세까지)

성명	DDD 번호	최초 의뢰일 혹은 연증 검토일		
<p>• 신생아에서 오(5)세 아동은 원쪽에 “*”로 표시된 아홉(9)기의 지정항목 중 다섯(5)기 항목에 해당해야만 합니다.</p> <p>• 육(6)세에서 십이(12)세 아동은 원쪽에 “*”로 표시된 아홉(9)기의 지정항목 중 일곱(7)기 항목에 해당해야만 합니다.</p>				
<p>* 1. 아동이 같은 또래의 아이들과 동등한 수준으로 스스로 옷을 입고 몸차림을 하려면 어떤 지원이 필요합니까?</p>				
<input type="checkbox"/> A 스스로 옷을 입고 몸차림을 하는 데에는 물리적인 도움, 집중 훈련 및 치료 일체 등 많은 지원이 필요하다.	<input type="checkbox"/> B 스스로 옷을 입고 몸차림을 하는 데에는 약간의 물리적인 도움, 훈련 및 치료 등 적정한 지원이 필요하다.	<input type="checkbox"/> C 스스로 적절히 옷을 입고 몸차림을 하도록 주의나 지시가 필요하다.	<input type="checkbox"/> D 연령에 맞게 스스로 옷을 입고 몸차림을 할 수 있다(물리적으로 도움이 필요할 수도 있음).	
<p>* 2. 아동이 같은 또래의 아이들과 동등한 수준으로 대소변으로 보려면 어떤 지원이 필요합니까?</p>				
<input type="checkbox"/> A 스스로 대소변으로 보는 데에는 물리적인 도움, 집중 훈련 개입 및 일일치료 일체 등 많은 지원이 필요하다.	<input type="checkbox"/> B 약간의 물리적인 도움, 기본 훈련 및 정기적인 치료 등 적정한 지원이 필요하다.	<input type="checkbox"/> C 주의나 지시가 필요하다.	<input type="checkbox"/> D 스스로 대소변을 보거나 물리적인 도움이 필요하다	<input type="checkbox"/> E 연령 수준이다.
<p>* 3. 아동이 연령에 맞게 식사를 하려면 어떤 지원이 필요합니까?</p>				
<input type="checkbox"/> A 물리적인 도움, 집중 훈련 및 일일치료 일체 등 많은 지원이 필요하다.	<input type="checkbox"/> B 약간의 물리적인 도움, 기본 훈련 및 정기적인 치료 등 적정한 지원이 필요하다.	<input type="checkbox"/> C 식사 예절과 응모 등에 대해 주의 또는 지시가 필요하다.	<input type="checkbox"/> D 연령에 맞게 식사한다(물리적으로 도움이 필요할 수도 있음).	

* 4. 아동이 같은 또래의 아이들과 동등한 수준으로 움직이는 데에 어떤 지원이 필요합니까?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
움직이려면 물리적인 도움. 집중 훈련 및 일일 치료 일체 등 많은 개입이 필요하다.	움직이는데 누군가의 도움이나 적정 지원이 필요하고 적응 장치 사용 또는 사용법을 배우거나 기본 훈련이 필요할 수도 있다.	달리기/기어가기/걸으려면 일려주거나 훈련식의 개입이 약간 필요하다.	달리기/기어가기/걷기를 하려면 약간의 격려가 필요하다.	어떤 지원도 필요치 않다. 아동이 연령에 맞게 달리기/기어가기/걷기를 한다.

* 5. 아동이 같은 또래의 아이들과 동등한 수준으로 의사소통을 하는 데에 어떤 지원이 필요합니까?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
현재로서는 항상 다른 누군가가 아동의 필요사항을 판단해 대신 말해 주어야 한다.	아동이 집중 훈련 또는 치료지원을 받으면 다른 사람에게 구두 또는 몸짓으로 충분히 자신을 표현하는 방법을 배울 수 있다.	물리적인 지원을 통해(적응 장치, 통역사) 의사 소통 할 능력을 갖고 있다.	어떤 지원도 필요치 않거나 연령수준에 해당한다.

6. 아동이 돈과 그 사용법을 아는 데에 어떤 지원이 필요합니까?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
돈에 대해 알기에는 너무 어렵다.	아동이 돈을 벌고 쓸 수 있도록 가족이 특별히 기회를 만들어 주어야 한다.	나이에 맞게 돈을 벌고 쓰도록 배울 필요가 있다.	돈을 벌고 쓰는 것과 관련된 일/거래를 할 수 있도록 지시 및 주의가 필요하다.	어떤 지원도 필요치 않거나 아동의 연령 수준에 해당된다.

* 7. 아동이 선택하는 것과 책임을 지는 데에 있어 어떤 지원이 필요합니까?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
선택을 하고 책임을 지는 기회를 마련하는 데에 가족과 교사들이 특수한 기술적인 도움을 주고 받아야 하며 많은 지원이 필요하다.	선택을 하고 책임을 질 수 있는 다양한 기회를 마련하고 그에 대해 의미를 부여하는 등. 가족/교사들의 적절한 지원이 필요하다.	선택 및 책임의 범위에 대해 설명하는 방식으로 얼마간의 지원이 필요하다.	어떤 지원도 필요치 않다. 선택(활동, 음식 등)을 표현하고 (과제, 자신 등)에 대한 책임을 지는 등, 다양한 기회를 활용할 준비가 되어 있다.	선정을 하기에 아동의 나이가 너무 어리다.

* 8. 아동이 주변을 알아보는 데에 어떤 지원이 필요합니까?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
아동이 주변 환경을 알 수 있도록 지원/격려하는 다양한 기회를 만들려면 가족과 교사들이 특별한 기술적 도움을 주고 받는 등, 많은 도움이 필요하다.	아동이 주변 환경을 알 수 있는 다양한 방법과 기회를 만들 수 있도록 가족과 교사들이 몇 가지 훈련/물리적인 도움을 주고 받는 등, 적절한 지원이 필요하다.	아동이 주변 환경을 알 수 있도록 말로 격려하거나 아동이 신뢰하는 사람이 곁에 있어주는 등, 얼마간의 지원이 필요하다.	어떤 지원도 필요치 않다. 연령에 맞게 주변 환경을 알 준비가 되어 있다(적응 장치가 필요할 수도 있음).

* 9. 아동의 치료 보건 상의 필요를 충족하려면 어떤 지원이 필요합니까?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
아동에 대해 최소한 매일 한 번씩 전문가가 의료/보건 면에서 개입 또는 관찰하는 것이 필요하다.	의료전문가에 의한 정기적인 (매주 또는 매월 단위) 관찰이 필요하다.	훈련을 받은 다른 사람이 아동을 매일 지원 및 관찰하는 것이 필요하다.	일반 커뮤니티 의료제도를 통해 정기적이고 지속적인 치료 및 관찰이 필요하다.	어떤 특별한 지원도 필요치 않다. 아동의 치료 및 보건상의 필요는 일반 커뮤니티 의료제도를 통해 충족되고 있다.

* 10. 가족이 아동의 필요사항에 지속적으로 대응하려면 어떤 지원 서비스가 제공되어야 합니까?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
아동과 부모에게 상당한 지원이 필요하다. 현재 장애 위험 상황에 처해 있거나 특수 시설에 수용되어 있다.	상당한 지원 필요/요청. (예) 적어도 한 달에 이틀 이상 휴식 간호(respite) 요청 - 가정부 의뢰. 장기적인 행동관리 훈련 요청. 광범위하고 많은 비용이 드는 환경 개조나 장비 필요. 케이스 담당자와의 잣은 접촉 요청 등.	적정한 외부 지원 필요/요청. (예) 정기적인 휴식 간호(respite) 요청. 집중 단기 행동관리 요청. 부모 교육 또는 탁아 서비스 의뢰. 또는 케이스 담당자와의 잣은 접촉 요청 등.	최소한의 외부 지원 필요/요청. (예) 간헐적인 휴식 간호(respite) 요청. 부모 지원 그룹에 의뢰. 또는 케이스 담당자가 적응 장치를 구할 수 있도록 지원 제공.	어떤 특별한 지원도 필요치 않다. 가족이 필요한 적응 장치를 구비하고 있다.

11. 같은 연령의 네-장에 아동과 같은 종류의 가족 관계를 형성하려면 아동에게 어떤 지원이 필요합니까?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
가족 생활 관계의 기회는 아동의 가족 역할에 대해 다른 가족 구성원에게 설명해 주는 타인에게 전적으로 의존하고 있다.	가족의 한 구성원으로서 일반적인 가족의 역할을 맡으려면 일일/주 단위로 그 기회를 마련하는 등, 많은 지원이 필요하다.	가족의 한 구성원으로서 일반적인 가족의 역할을 맡는 데에 적응장치, 훈련 및 주의 등, 적정한 지원이 요구된다.	자신을 가족에게 기여하는 한 구성원으로 인정하고 또 인정받으면서 일반적인 가족의 역할을 맡는 데에 약간의 지원이 필요하다.	긍정적인 가족 관계를 구성하는 데 어떤 한 지원도 필요치 않다.

12. 아동이 상점이나 공원, 놀이터 등 일반적인 지역사회 시설을 알아보고 사용하려면 어떤 지원이 필요합니까?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
아동이 일반 시설들을 사용하려면 계속적인 물리적 지원 일체와 함께 가족에게 많은 지원(아마도 휴식(respite) 간호)이 필요하다.	적정 지원이 필요하다. 아동이 연령에 맞게 이들 시설들을 이용할 수 있도록 가족들이 다양한 방법을 고안해야 한다.	최소한의 지원이 필요하다 - 아동이 정기적으로 일반 시설들을 사용할 수 있는 방법에 대한 제안 또는 일부 지원을 가족이 원할 수도 있다.	어떤 한 지원도 필요치 않거나 아동의 연령 수준에 해당한다. 이들 시설들을 정기적으로 사용하고 있다.

13. 아동이 연령에 맞게 다른 아이들과 어울려 놀 수 있는 기술을 개발하려면 어떤 지원이 필요합니까?

A

아동의 놀이를 돋기 위해
타인의 도움이 많이
필요하다. 아동의 놀이
기술 발달을 위해 부모가
특수한 적응 기구나 훈련
등을 요청할 수도 있다.

B

아동의 놀이를 돋기 위해
구두나 일부 물리적인
개입을 통한 적정한
지원이 필요하다. 아동의
놀이 기술 개발을 돋는
방법을 부모가 요청할
수도 있다.

C

최소 한의 지원이
필요하다.

D

어떤 한 지원도 필요치
않거나 아동의 연령
수준에 해당한다. 아동이
연령에 적합한 놀이
기술을 습득하고 있다.

14. 아동이 비-장애 아동들과 어울려 놀 수 있는 기회를 가지려면 어떤 지원이 필요합니까?

A

상당한 제도적 지원. (예)
아동이 비-장애에 아동과
상호 작용 할 수 있도록
하는 “프로그램”을
제도적으로 마련해야
한다.

B

적정한 지원. (예) 부모가
다른 아동과 만날 수
있는 기회를 마련해야
한다. 그러한 기회를
어떻게 만들 수 있는지
부모가 문의를 할 수
있다. 체계적인 지원을
제공할 필요가 있을 수도
있다. 예) 교통, 장애물이
없는 놀이 환경 등.

C

최소 한의 지원. (예)
얼마간의 관찰, 아동이
고제의 폭을 넓히고
적합한 연령대 아동과
고제 기회를 늘릴 수 있는
방법에 대해 부모가
도움을 요청할 수 있다.

D

어떤 한 지원도 필요치
않다.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE NEEDS ASSESSMENT

1. Who determines ICF/MR level of care eligibility for waiver services?

A CRM or Social Worker is qualified to determine ICF/MR level of care eligibility. One or the other of these persons must sign the referral form at the end of the form to certify that the individual requires ICF/MR level of care.

2. How often must the ICF/MR level of care assessment be completed?

This assessment must be completed within 90 days of the initial referral date and at the time of the annual reassessment.

3. Can providers complete the ICF/MR level of care Supports Needs Assessment form?

No. They can give input to the CRM as to what they feel the current level of need is for that person. However, it is the CRM's responsibility to do the assessment, using the appropriate support needs assessment based on the best information available to him or her.

4. How do I answer questions if none of the choices accurately describe the person?

You can only choose one of the answers provided. **Do not add new boxes or new answers.** If the question is "not applicable," mark the lowest score and write an explanation in comments.

5. What assessment items must be addressed on the Plan of Care (POC)?

All assessment answers that are in BOLD on the form, must be addressed in the POC.

6. What if the score is too low to indicate ICF/MR level of care?

CRM Responsibilities:

- A. A supervisor/designee review is required to ensure the accuracy of the Current Support Needs Assessment.
- B. If, after review, the score is too low, answer questions #1, #3, #11, #18 and #19 on form 15-168. These questions identify Health and Welfare needs that are not addressed in 15-170A. Answer only these questions. Responses must be based on what is expected of others of the same age. Give specific examples to substantiate the choice selected. If any of the above answers are a bolded item, the support needs counts as one point toward the required score on 15-170A.
 - Attach 15-168 to the Waiver Eligibility Determination Checklist (10-274) regardless of the score.
 - If the score is sufficient to substantiate ICF/MR level of care, forward 15-168, 15-170A, and 10-274 to your Waiver Coordinator/regional designee.
 - The Waiver Coordinator/designee will review the packet and present the case to the ICF/MR level of Care Committee.
- C. If the score is still less than required, request additional documentation that provides evidence of the need for waiver services.
 - WAC 388-845-0085(2) This additional information may include occupational therapy (OT), physical therapy (PT), psychological, nursing, social work, speech and hearing, or other professional evaluations that reflect current needs.
- D. Review documentation and clearly identify any evidence to support need for waiver services.
- E. Give your Waiver Coordinator/regional designee the 10-274 and attach all documentation from steps B, C, and D.:
 - Waiver Coordinator/designee will review packet and present case to the ICF/MR level of Care Committee.

ICF/MR Level of Care Committee Responsibilities:

- A. The committee will determine if the documentation supports ICF/MR level of care eligibility.
- B. If the documentation supports ICF/MR level of care eligibility:
 - The decision will be recorded on Question #1 of form 10-274.
 - The Waiver Program Manager/designee will sign and date on the dotted line next to the question.
 - All supporting documentation shall remain attached. The Waiver Eligibility Determination form will be returned to the CRM for completion..
- C. What if the ICF/MR Level of Care Committee makes a determination that this individual does not meet ICF/MR level of care criteria?
 - The decision will be recorded on Question #1 of form 10-274.
 - The Waiver Program Manager/designee will sign and date on the dotted line next to the question.
 - All supporting documentation shall be attached. The Waiver Eligibility Determination form will be returned to the CRM.

7. Does the client have a right to appeal a determination that they do not meet ICF/MR level of care?

The client has a right to appeal:

- If the individual is requesting initial enrollment on a waiver send form 15-283 "HCBS Waiver Enrollment Request Notice of Denial".
- If the individual is currently on a waiver, send 10-298 "Notification of Termination From DDD HCBS Waiver".

8. Can there be an exception to policy for people when neither their assessment score nor supporting documentation indicate ICF/MR level of care?

No. This is a waiver requirement there are no exceptions to CMS rules.